Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Wollenberg.)

Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hirntumor und Meningitis serosa.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Alphons Wiesinger,
approb. Arzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Minkowski.

Es gibt kaum ein Sondergebiet in der gesamten Medizin, das so reich an Enttäuschungen ist, sowohl in diagnostischer, wie auch in therapeutischer Hinsicht, als das Kapitel „Hirntumoren". Während früher bei anhaltendem Kopfschmerz, Erbrechen und Stauungspapille, diesem „Ensemble der Allgemein-Symptome", wie Nonne sich ausdrückte, ohne weiteres die Diagnose Hirntumor gestellt wurde, wissen wir jetzt, daß es eine Krankheit, die Meningitis serosa, oder den idiopathischen Hydrocephalus gibt, die in ihrem Symptomkomplex fast völlig dem des Hirntumors gleicht. Die erste Beobachtung über Hirndruckerscheinungen, die nicht durch einen Tumor, sondern durch einen Hydrocephalus bedingt wurde, machte der Ophthalmologe Annuske im Jahre 1873. Als besondere Krankheitsform wurde die Meningitis serosa von Quinke im Jahre 1893 hervorgehoben. Er zweifelte als erster an der infausten Prognose bei Hirndrucksymptomen, bei denen bis dahin nur auf Tumor geschlossen wurde und schuf zum ersten Male eine genaue Aufstellung dieses Krankheitsbildes. Weitere Abhandlungen über die Meningitis serosa, als auch über ihre Differentialdiagnose zu Hirntumor und über die Frage des von Nonne als Pseudotumor bezeichneten Krankheitsbildes wurden u. a. geliefert von Oppenheim, Gerhard, Finkelnburg, Eschborn, Nonne, Bonhöffer, Henneberg, Richard, Apelt, Bossert, Riebold und Weigelt.

Eine kurze Zusammenfassung des Krankheitsbildes von dem ersten der drei meiner Arbeit zugrunde liegenden Fälle ergibt: Ein achtjähriger Knabe leidet seit 6 Monaten an Kopfschmerzen und Erbrechen. Die letzte Zeit traten Schwindel, unsicherer Gang und starke Verschlechterung des Sehens ein. Bei der Untersuchung zeigten sich: Schmerzen im Hinterhaupt, beiderseits Nystagmus, Stauungspapille und Amaurose, geringe Mundfacialisschwäche rechts, Romberg angedeutet, schwankender Gang, Kernig, kein Babinski, keine Hyperästhesie, keine Ataxie, kein Fieber und mäßiger Stupor. Die Krankheitserscheinungen bessern sich im Verlauf der Krankheit mit Ausnahme der Stauungspapille derart, daß Patient völlig beschwerdefrei entlassen werden konnte. Nur die Amaurose bestand fort. All die hier vorhandenen Krankheitssymptome sind sowohl

einem Tumor der hinteren Schädelgrube, als auch einer Meningitis serosa zu eigen. Ausschlaggebend ist aber hier für die Diagnose Meningitis serosa neben dem jugendlichen Alter des Patienten die auffallende Besserung des Zustandes, wobei selbst ein Rückgang der Stauungspapille, wie Fälle aus der Literatur beweisen, noch im Bereich der Möglichkeit liegt.

In Fall 2 klagte ein sieben Jahre alter Knabe seit Februar 1921 über starke Kopfschmerzen, Erbrechen, epileptische Anfälle und Sehstörungen. Es bestehen folgende Symptome: Druckschmerzen über der rechten Stirn, konjugierte Blicklähmung, Stauungspapille beiderseits, Mundfacialisschwäche rechts, Nackenstarre, Kernig, fehlende Patellar- und ungleiche Achilles-Sehnenreflexe, schwankender Babinski, leichter Romberg, leichte Hyperästhesie, Jactationen immer nach der linken Seite, meist leichte Somnolenz, öfters Krampfanfälle, leicht erhöhter Druck und geringer Eiweißgehalt der klaren Lumbalflüssigkeit. Der Zustand des Patienten verschlimmert sich im Verlauf der Krankheit zusehends. Eine Trepanation des rechten Stirnhirns, wo nach den Symptomen der Sitz eines eventuellen Tumors angenommen werden mußte, ergab ein negatives Resultat. Manche Krankheitserscheinungen weisen uns noch auf einen eventuellen Sitz des Tumors im Kleinhirn. Gerade Kopfschmerz im rechten Stirnhirn wird manchmal bei derartigem Tumorsitz beobachtet. Die schnell sich entwickelnden Symptome wie Kopfschmerz, Stauungspapille, Ataxie und auch Krämpfe sind für diesen Sitz charakteristisch. Aber auch eine Meningitis serosa verläuft oft völlig gleich einem Kleinhirn-Tumor. Für diese letztere Annahme würden die ziemlich ausgesprochenen meningitischen Erscheinungen und das jugendliche Alter passen. Wohl sprechen die Schwere der gesamten Erscheinungen und der progrediente Verlauf der Krankheit, dem weder durch die Lumbalpunktion, noch durch die Trepanation Einhalt getan werden konnte, und der Zell- und Eiweißbefund im Lumbalpunktat, der bei Meningitis geringer zu sein pflegt, für die Diagnose Hirntumor. Dennoch müssen wir hier nach den Erfahrungen aus der Literatur mit einer Meningitis serosa rechnen.

Das Krankheitsbild des 3. Falles ist in wenigen Worten folgendes: Ein 17 jähriger junger Mann, der stets gesund war, leidet seit dem 11. 12. 20 an heftigsten Kopfschmerzen, Erbrechen und vereinzelten Zuckungen in Armen und Beinen. Aus dem Befund ist hervorzuheben: Dauerndes dumpfes Gefühl im Hinterkopf, das oft von anfallsweise auftretenden heftigen Kopfschmerzen unterbrochen wird, Druck-

schmerzhaftigkeit im Hinterkopf, Erbrechen, Somnolenz, meningitische Erscheinungen von wechselnder Stärke, beiderseits Neuritis optica, die sich in kurzer Zeit zu einer ausgesprochenen Stauungspapille ausbildet, Abduzenslähmung, Schwäche des linken Rectus superior und inferior, Druckempfindlichkeit des Trigeminus beiderseits, undeutliche Sprache und im Verlauf der Krankheit starke Gewichtsabnahme, sichtlicher Verfall, nie Fieber und große Pulsschwankungen. Über der rechten oberen Lunge Schallverkürzung und bronchialis exspirium, öfters Husten, nie Auswurf. Das Krankheitsbild verschlechterte sich derart, daß in den nächsten Tagen zu einer Entlastungstrepanation geschritten werden soll. Eine tuberkulöse Meningitis, an die bei dem Lungenbefund in Kombination mit den Allgemeinsymptomen zu denken wäre, scheidet wegen des fieberlosen Verlaufes und des normalen Lumbalpunktates aus. Es bleibt auch hier nur die Wahl zwischen Hirntumor und Meningitis. Gegen Kleinhirntumor spricht das Fehlen von Ataxie, Schwindel und Nystagmus. Die zahlreichen Lähmungserscheinungen der Hirnnerven lassen einen eventl. Tumor an eine solche Stelle verlegen, wo die Bahnen all dieser Nerven auf einem engen Raum dicht nebeneinander verlaufen. Das wäre die Pons. Ein dort sitzender Tumor würde auch die Pyramidenbahnenaffektionen und die meningitischen Erscheinungen erklären. Für Meningitis serosa sprechen die hohen täglichen Pulsschwankungen, das unterschiedliche Verhalten der Hirnnerven, die meningitischen Symptome, die attackenweise auftretenden Kopfschmerzen und das schnelle Fortschreiten der Drucksymptome. Auch hier muß die Diagnose offenbleiben, wenn auch ein Ponstumor viel für sich hätte. Vielleicht liegt auch eine gar nicht so seltene Kombination beider Krankheiten vor.

Wenn auch der progrediente Verlauf der Krankheit in Fall 2 und 3 sehr für einen Hirntumor spricht, so ist in vivo eine Meningitis serosa nicht auszuschließen. Eine genaue Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten ist nur dann möglich, wenn wie im Fall 1 eine auffallende Besserung und ein Schwinden der meisten Krankheitssymptome eine Meningitis serosa zur Gewißheit machen.

Die drei meiner Arbeit zugrunde liegenden Fälle sind also ein weiterer Beweis dafür, daß, selbst wenn man die gesamte Krankheitsentwicklung mit der Symptomaufeinanderfolge im Auge hat, eine Unterscheidung zwischen Hirntumor und Meningitis serosa am Krankenbett oft unmöglich ist.